UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ILÉOSTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES OCCLUSIONS INTESTINALES APRÈS APPENDICECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 1er décembre 1937

PAR

Ernest-Louis-Augustin GIREUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à ALLOS (Basses-Alpes), le 8 octobre 1909

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

ROCHER, professeur .....

JEANNENEY, professeur ..... *Juges.*

LOUBAT, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1937-1938. — N° 11

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ILÉOSTOMIE DANS LE TRAITEMENT DES OCCLUSIONS INTESTINALES APRÈS APPENDICECTOMIE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le mercredi 1er décembre 1937

PAR

Ernest-Louis-Augustin GIREUD

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à ALLOS (Basses-Alpes), le 8 octobre 1909

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur ..... *Président.*

ROCHER, professeur ..... } *Juges.*

JEANNENEY, professeur ..... } *Juges.*

LOUBAT, agrégé ..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. LABAT.

DOYEN HONORAIRE : M. C. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. POUSSON, MOURE, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON, C. SIGALAS, SABRAZÈS, BÉGOUIN, DUPOUY.

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC.
id.	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	DAMADE.
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEUBET.
Médecine légale et déontologie	LANDE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.

	MM.
Zoologie et parasitologie	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES
Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Physique médicale et pharmaceutique	WANGERMEZ.
Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques	BONNIN.
Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clinique des maladies des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des malad. nerveuses et mentales	ABADIE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Anatomie	N.
id.	DUFOUR.
Physiologie	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.
id.	DELMAS-MARSALET.
id.	DE GRAILLY.
id.	FONTAN.
id.	BROUSTET.
id.	DERVILLÉE.
id.	N.
Chirurgie générale	CHARRIER.

	MM.
Chirurgie générale	LOUBAT.
id.	MASSÉ.
id.	DARGET.
id.	N.
Obstétrique	RIVIÈRE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	N.
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie	N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Anatomie	J. BEAUVIEUX.
Physiologie	N.
Médecine opératoire	JEANNENEY.
Accouchements	RIVIÈRE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.
Puériculture	FAUGÈRE.
Pharmacie galénique	N.
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

	MM.
Physique médicale et pharmaceut que	N.
Médecine légale	DERVILLÉE.
Urologie	DARGET.
Botanique	GIRARD.
Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
Chimie minérale	N.

Ophtalmologie ..... MM. CABANNES (en congé).

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MARRAINE

En témoignage de ma très grande affection.

A MON PERE — A MA MERE

C'est à vous que je dois tout. Ce modeste travail n'est qu'un bien faible témoignage de mon profond amour filial et de mon éternelle reconnaissance pour les sacrifices que vous vous êtes imposés pour moi.

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

Qui fut pour moi un bel exemple de travail.

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

Aux Docteurs Marcel HECKENROTH et Jean BRUNET

Médecins des Troupes coloniales.

A TOUS MES CAMARADES DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A MES MAITRES DE LA FACULTE ET DE L'ECOLE DE SANTE NAVALE

A Monsieur le Docteur Louis POUYANNE

Ancien Interne (Médaille d'or) des Hôpitaux,
Ancien Chef de clinique à la Faculté.

En remerciement de l'amabilité avec laquelle il nous a prodigué ses précieux conseils et nous a facilité l'exécution de ce travail.

A Monsieur le Docteur Robert DARMAILLACQ

Ancien Interne (Médaille d'or) des Hôpitaux,
Chef de clinique à la Faculté.

En témoignage de notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée dans la réalisation de cette thèse.

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Officier du Mérite maritime,
Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en chef FERRET

Sous-Directeur de l'Ecole Principale
du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de l'Académie de Chirurgie,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ILÉOSTOMIE

DANS LE TRAITEMENT DES

OCCLUSIONS INTESTINALES

APRÈS APPENDICECTOMIE

INTRODUCTION

Si de toutes les occlusions postopératoires, les occlusions après appendicectomie sont celles qui ont été le mieux étudiées, leur traitement, par contre, a fait l'objet de nombreuses discussions, en France principalement, et il semble qu'à l'heure actuelle l'accord ne soit pas réalisé sur la méthode à adopter en présence de cette complication.

L'iléostomie, qui va faire l'objet de notre travail, est connue depuis longtemps déjà, mais elle n'a pas réussi à rallier l'opinion unanime, certains même la considérant comme l'opération qu'on pratique en désespoir de cause.

Nous n'essayerons pas ici d'en faire le moyen thérapeutique idéal, ni de l'opposer à telle autre méthode; notre but sera seulement de lui donner sa place dans le traitement des occlusions du grêle après appendicectomie et de montrer que, dans certains cas, elle est d'un précieux secours.

Pour poser les indications de l'iléostomie, apprécier ses

avantages et ses résultats, il nous a paru indispensable de faire une étude rapide des occlusions intestinales après appendicectomie en rapelant :

1° leurs formes anatomo-cliniques et leurs symptômes;
2° leur étiologie et leur pathogénie;
3° les moyens de les diagnostiquer;
4° les traitements qu'on leur oppose.

Ensuite, dans une deuxième partie, nous étudierons tout spécialement l'iléostomie :

1° Historique;
2° Indications;
3° Avantages et inconvénients;
4° Technique;
5° Suites opératoires et résultats.

Dans une troisième partie, nous citerons quelques observations, toutes inédites, recueillies dans divers services chirurgicaux des hôpitaux de Bordeaux.

Enfin nous donnerons nos conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTUDE DES OCCLUSIONS INTESTINALES APRÈS APPENDICECTOMIE

CHAPITRE PREMIER

FORMES ANATOMO-CLINIQUES — SYMPTOMATOLOGIE

Les occlusions après appendicectomie surviennent à échéance variable. C'est ce qui a permis de les classer.

Nous adopterons, dans notre étude, la classification proposée par Renon et Laffite et tout récemment par Yovanovitch en :

— occlusions *immédiates*, contemporaines de la crise ou succédant immédiatement à l'acte opératoire;

— occlusions *précoces*, apparaissant au cours du premier mois qui suit l'intervention;

— occlusions *tardives*, dont le délai d'apparition est variable après ce premier mois.

Cette classification est justifiée, comme nous le verrons, tant au point de vue étiologique qu'au point de vue anatomo-clinique et thérapeutique.

Envisageons donc séparément chaque forme.

I. — *Occlusions postopératoires immédiates.*

Elles sont rares. Ce qui les caractérise surtout c'est leur début insidieux, sans douleur, rendant ainsi leur diagnostic

difficile. Elles peuvent se manifester dès les premières heures qui suivent l'intervention, mais leur maximum de fréquence est vers le troisième jour. L'attention du chirurgien est alors attirée par l'absence persistante d'émission de gaz par l'anus, par le météorisme, par l'altération du facies, qui devient anxieux; du pouls qui monte alors que la température ne s'élève que légèrement.

Cet état s'aggrave rapidement, et tous les signes de toxémie ne tardent pas à apparaître. Dès lors, il faut réintervenir si l'on veut avoir quelques chances de sauver le malade.

« Cette redoutable occlusion, écrit Reyner, s'installe insidieusement; nous sommes ainsi amenés à laisser passer l'heure, brève et courte, où une deuxième intervention, pour si grave et pénible qu'elle soit, tant pour les malades et leurs familles que pour le chirurgien, aurait des chances de succès. On pense d'abord à une simple constipation ou à une obstruction inoffensive due à ces parésies intestinales si fréquentes après les laparotomies. Plus tard, devant la persistance des signes d'arrêt de la circulation intestinale, devant l'aggravation rapide de l'état général, le diagnostic d'occlusion s'impose, mais il est trop tard; il n'y a pas de transition dans les étapes de cet accident; à une période sournoise et indécise succède brusquement la période où le mal se manifeste alors que tout est perdu. »

II. — *Occlusions postopératoires précoces.*

Elles nous semblent les plus fréquentes. Nos recherches nous ont permis de constater qu'elles représentent un peu plus de la moitié des occlusions après appendicectomie.

Pour Fougerat, au contraire, elles sont un peu moins fréquentes que les occlusions tardives. Il indique dans sa statistique 25 occlusions précoces pour 27 tardives. Dans celle de Mc Iver, on relève 37 occlusions précoces pour 45 tardives.

Quoiqu'il en soit, elles se manifestent ordinairement dans

les deuxième ou troisième semaines qui suivent l'ablation de l'appendice enflammé.

La plupart de nos observations montrent qu'il s'agit de malades opérés depuis une dizaine de jours d'un appendice perforé ou gangréné et chez lesquels la présence d'un peu de pus dans la cavité péritonéale a nécessité la mise en place de drains ou de mèches.

Les suites opératoires immédiates ont été bonnes. La péritonite commençante a rétrocédé, quand brusquement l'opéré se plaint de violentes coliques et n'a plus de gaz. Ces coliques surviennent par crises plus ou moins longues, entrecoupées de périodes calmes; des vomissements apparaissent. En même temps, le ventre se ballonne, les anses intestinales se dessinent sous la paroi. Bref, on a un tableau d'occlusion intestinale complet. Mais la crise douloureuse terminée, tout rentrera dans l'ordre; le ventre redevient souple, indolore, le ballonnement diminue, des gaz sont émis. Cependant, l'état général reste grave et l'asthénie profonde. Après un temps variable, les signes d'occlusion réapparaissent pour céder et revenir encore.

Auvray a fortement insisté sur l'évolution chronique incomplète et trompeuse de l'occlusion.

« Ces hauts et bas, dit Guibal, peuvent inciter le chirurgien à se bercer d'espoirs trompeurs, à lui faire perdre un temps précieux, et finalement le mener à une opération trop tardive sur un malade très affaibli et gravement intoxiqué. » D'où la nécessité de bien connaître ce tableau de l'occlusion précoce et d'en faire un diagnostic rapide.

III. — *Occlusions postopératoires tardives.*

Ce sont celles survenant plus d'un mois après l'appendicectomie, alors que la convalescence est terminée et que le patient a repris sa vie normale.

Elles peuvent évoluer, comme nous allons voir, suivant une forme aiguë ou chronique.

A. — Occlusions tardives aiguës.

C'est le mode de début le plus habituel. Le malade est surpris en pleine santé par une violente douleur localisée d'abord dans la fosse iliaque droite, siège le plus fréquent de l'occlusion, mais qui se généralise ensuite à tout l'abdomen, tout en conservant son maximum d'acuité au point initial.

Nous trouvons ici le tableau clinique de l'occlusion intestinale banale avec, comme principal signe, l'arrêt complet des matières et des gaz, puis apparition de vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite et prenant rapidement le caractère fécaloïde.

L'état général s'aggrave rapidement, le malade se tord dans son lit.

La palpation de l'abdomen est douloureuse; partout ailleurs, sauf dans la fosse iliaque droite, existe une sonorité exagérée; dans les flancs, la percussion peut déceler de la submatité par suite d'un épanchement séro-hématique.

Le pouls est petit et fréquent, sans élévation marquée de la température.

C'est la mort imminente, que seule l'intervention précoce pourra écarter.

B. — Occlusions tardives chroniques.

Le début est progressif, caractérisé soit par des troubles du transit intestinal, soit par de véritables crises éclatant de temps en temps et donnant les symptômes de petit iléus passager.

La constipation, symptôme capital, souvent très intense, est généralement accompagnée de phénomènes d'auto-intoxication : nausées, vomissements parfois, amaigrissement. « De temps à autre surviennent des crises plus marquées d'obstruction intestinale : le ventre se ballonne, devient doulou-

reux; la constipation devient opiniâtre; les vomissements, avec parfois de petites hématémèses, surviennent; puis tout se termine, en deux ou trois jours, par une émission abondante de gaz et de matières. » (Foucault.)

Mais cette occlusion partielle deviendra, un beau jour, une occlusion totale, et l'intervention s'imposera.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE — PATHOGENIE

La fréquence des occlusions après appendicectomie est difficile à apprécier; elle varie, d'ailleurs, avec les auteurs. Körte, en vingt ans, aurait, sur 168 cas d'occlusion intestinale traités par lui, observé 44 cas d'occlusion d'origine appendiculaire, soit 18 p. 100. Il avait opéré dans ce même temps 2.385 cas d'appendicite. L'occlusion aurait donc une fréquence moyenne de 2 p. 100. Fougerat trouve ce chiffre trop élevé; dans sa statistique, il est inférieur à 1 p. 100; Renon et Laffite, dans une statistique récente, indiquent 26 cas d'occlusion sur 1.113 appendicites, dont 223 graves. Ces chiffres n'ont qu'une valeur très relative sans doute. Ce qu'il importe de connaître, ce sont les causes de cette complication grave. Elles varient avec chaque forme clinique.

En effet, l'iléus apparaissant immédiatement après l'appendicectomie est pratiquement du type paralytique pur, succédant à la parésie intestinale postopératoire ou à une péritonite généralisée.

Dans l'occlusion précoce, au contraire, au facteur paralytique s'associe un facteur mécanique.

Le processus inflammatoire en cause agit aussi bien en paralysant l'intestin qu'en créant par agglutination, adhérences ou coudure, un obstacle à l'évacuation du tube digestif.

Enfin, il est des occlusions purement mécaniques, presque toujours conditionnées par une bride étranglant l'iléon terminal, parfois encore sous la dépendance d'adhérences, de lésions de péritonite adhésive ou d'un volvulus; excep-

tionnellement, enfin, succédant à une tumeur inflammatoire ou à une sténose cicatricielle. Le plus souvent elles se manifestent tardivement. Toutefois, cette règle n'est pas générale, et l'observation IV nous montre le cas d'une occlusion mécanique par volvulus qui s'est révélée le dix-huitième jour après l'opération d'appendicite. La chronologie des accidents occlusifs nous permettait pourtant de supposer que l'on était en présence d'une occlusion précoce.

Ces considérations nous montrent le rôle primordial que joue l'infection péritonéale dans la pathogénie des occlusions intestinales, quelle qu'en soit la variété.

Le traumatisme opératoire, qu'il soit mécanique ou chimique, peut être également à l'origine de l'iléus par l'irritation de l'endothélium péritonéal et formation d'adhérences.

Delbet a écrit : « La séreuse péritonéale est un merveilleux organe de défense. Elle doit sa résistance à ses cellules endothéliales. C'est une faute de la maltraiter; c'est une faute de la bourrer d'une masse de compresses sous prétexte de maintenir les anses intestinales; c'est une faute de frotter en épongeant, car le frottement arrache les cellules; c'est une faute d'inonder la cavité d'antiseptiques qui tuent l'endothélium; c'est une faute de laisser des surfaces cruentées. Toutes ces fautes entraînent la formation d'adhérences, et ce sont les adhérences qui produisent les occlusions postopératoires.

Tout récemment, MM. Mondor et Huet ont insisté sur l'importance des occlusions précoces par abcès résiduels du Douglas et de la fosse iliaque droite. Ils peuvent, dans ce cas, provoquer une parésie intestinale par réaction de voisinage. Tardivement, ils pourront être à l'origine de brides et d'adhérences.

Nous signalerons aussi le rôle du moignon appendiculaire non enfoui dans la pathogénie des occlusions après appendicectomie. Gosset est très partisan de l'enfouissement et ajoute : « C'est seulement dans certains cas d'opération à « chaud », lorsque la paroi cæcale est malade, que je n'en-

fouis par le moignon appendiculaire ». Enfin, pour terminer, citons deux autres causes capables de provoquer l'occlusion après ablation de l'appendice :

La première est constituée par la préexistence avant l'appendicectomie d'une coudure au niveau du grêle. Mathieu en a donné plusieurs observations.

La deuxième est le mode de drainage. Mondor signale l'action nocive du drain du Douglas. Il est évident que la mise en place de drains ou de mèches joue un rôle incontestable dans la production d'adhérences ultérieures. Néanmoins, on doit reconnaître l'utilité de cette précaution, mais il faut l'instituer avec grand soin et surveiller attentivement l'opéré.

Ainsi, dans certains cas, la fréquence de l'occlusion intestinale après appendicectomie pourrait être réduite en proscrivant certaines manœuvres, en en systématisant d'autres.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

L'occlusion intestinale consécutive à une appendicectomie est difficilement dépistée.

Sur quoi nous baserons-nous pour établir le diagnostic ?

Avant tout, règle générale, se méfier toujours de l'iléus chez un opéré d'appendicite.

Il importera ensuite de rechercher à quelle variété d'iléus on a affaire.

Pour cela, le tableau clinique, l'intervalle de temps écoulé entre l'intervention et l'apparition des accidents occlusifs, nous renseigneront dans la plupart des cas.

Néanmoins, nous avons vu combien l'occlusion postopératoire immédiate peut être d'un diagnostic délicat, car elle voit souvent ses symptômes masqués par ceux de péritonite ou de shock opératoire.

Dans la simple atonie intestinale consécutive à l'intervention, on ne trouve pas de ballonnement énorme ni de coliques douloureuses.

Il ne faudra pas confondre l'iléus paralytique avec la péritonite aiguë; celle-ci se caractérise sans peine par la douleur abdominale, par la sensibilité à la pression, par la défense importante, par les vomissements incessants, par l'élévation de la température. Cette péritonite aiguë localisée ou l'abcès du Douglas provoqueront d'ailleurs, par réaction de voisinage, une paralysie intestinale temporaire, et il sera parfois très difficile de reconnaître dans le tableau de l'infection péritonéale les symptômes de l'iléus

paralytique. Toutefois, on pensera à l'occlusion si le toucher rectal ou vaginal ne décèle pas l'existence d'un foyer de suppuration.

Enfin, il est une autre complication postopératoire de l'appendicite, peu fréquente il est vrai, qui peut parfois induire en erreur le chirurgien : c'est la dilatation de l'estomac. Elle est caractérisée par de violentes douleurs et un météorisme localisés à l'épigastre, par des vomissements incessants et un collapsus intense; l'absence de symptômes intestinaux font porter le diagnostic. Il sera confirmé si le traitement par lavages d'estomac et décubitus ventral font disparaître les accidents.

Dans les cas d'occlusions postopératoires précoces ou tardives, la chronologie des accidents présente une grande importance pour le diagnostic de la nature de l'occlusion. La clinique permettra également de différencier chaque forme.

Une fois l'iléus diagnostiqué, nous devrons rechercher son siège.

Tous les auteurs s'accordent à reconnaître que le siège de l'occlusion est presque toujours situé sur l'iléon terminal, très rarement sur le cæcum.

Dans tous les cas, on le reconnaîtra physiquement, tout au moins au début, par la douleur maxima dans la fosse iliaque droite avec parfois perception d'une anse dilatée à ce niveau; au météorisme ombilical et péri-ombilical avec péristaltisme; à la précocité de l'atteinte de l'état général et des signes d'intoxication stercorémique.

Dans les occlusions hautes, on aura le tableau clinique de la dilatation postopératoire de l'estomac.

Cependant, la localisation exacte de l'iléus ne sera reconnue qu'après examen radiologique, auquel on doit toujours avoir recours quand c'est possible.

CHAPITRE IV

TRAITEMENT

Nous nous sommes proposé d'étudier dans ce travail un des moyens mis à la disposition du chirurgien pour traiter les occlusions postappendiculaires.

Avant d'entreprendre cette étude et montrer la valeur thérapeutique de l'iléostomie, il est utile de noter l'importance du *traitement médical* dans certaines formes de ces occlusions.

Ce traitement est essentiel dans l'iléus paralytique. En effet, les injections de sérum salé hypertonique ou l'emploi de médicaments tels que l'atropine, la péristaltine ou la prostigmine éviteront la plupart du temps l'intervention.

Il faut savoir également que, dans certaines subocclusions précoces dues à une péritonite localisée ou à un abcès du Douglas, une simple thérapeutique anti-infectieuse ou des lavements chauds amèneront la disparition des accidents et assureront la guérison.

Mais il est des cas où ces accidents persistent et s'aggravent malgré ce traitement, il faut alors savoir se décider à un acte chirurgical.

Parmi les méthodes chirurgicales de traitement étudions maintenant l'iléostomie.

DEUXIÈME PARTIE

ÉTUDE DE L'ILÉOSTOMIE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

L'iléostomie n'est pas une méthode récente, puisque c'est en 1772 que Renault la pratiqua le premier dans un cas d'occlusion intestinale secondaire à une cure de hernie étranglée. En 1818, Maunoury la préconise, et quelques années plus tard Laugier la recommande après toute cure de hernie étranglée non suivie d'amélioration. Mais c'est à Nélaton, en 1858, que nous devons la mise au point de sa technique.

Max Schede, en 1887, propose l'iléostomie comme intervention préparatoire à la laparotomie, et, au Congrès de chirurgie de 1893, Maunoury défendait cette « entérostomie préalable » qui facilitait grandement les manœuvres opératoires en affaissant l'intestin.

Entre temps, Madelung et Bœckel avaient proposé d'aider à ces manœuvres opératoires par l'entérotomie pratiquée soit au début pour faciliter les recherches, soit à la fin pour aider à la réintégration des anses. Terrier, Michaux et Legueu introduisirent en France cette intervention. En 1895, Compte (de Genève) parle longuement de l'iléostomie dans les occlusions mécaniques.

La Société de chirurgie de Paris devait, en octobre 1897, discuter longuement sur les indications et les résultats de cette méthode. Quénu, Kirmisson, Reclus, Berger, Nélaton, Chaput, reconnaissent son utilité dans l'iléus paralytique. Segond signale ses résultats dans les occlusions postopératoires immédiates, et Lejars propose, dans ces occlusions, de pratiquer une boutonnière sur l'anse la plus dilatée. Des auteurs américains tels que Porter, Tinker, Bulitt, recommandent cette intervention. Thomas et Nikolas Senn la déconseillent.

En 1889, Witzel décrit son procédé, aujourd'hui classique. En 1901, Broca rapporte un cas d'occlusion après appendicectomie guéri par l'iléostomie. Un an plus tard, Doyen préconisait la jéjunostomie dans les occlusions postopératoires paralytiques. La même année, au Congrès de chirurgie allemand, Heindenhain insiste sur l'iléostomie dans les occlusions postopératoires. Lund et Gerhardt, en 1903, recommandaient la méthode comme moyen préventif dans les formes occlusives de l'appendicite.

La Société de chirurgie de Lyon, en 1904, discute à son tour ses indications dans les occlusions. Gaugolphe en cite trois cas, soit avant, soit après laparotomie, tous trois sans succès. En 1911, Krogius, Brunner, Wortmann, publient leurs statistiques. Plus récemment, Melchior et Hübner insistaient de nouveau sur son utilité dans l'occlusion postopératoire. En 1919, Quénu, Tuffier et Savariaud signalent à la Société de chirurgie de Paris des cas de succès dans le traitement de l'iléus paralytique. En 1924 et en 1927, à la Société de chirurgie de Paris, de nombreuses discussions eurent lieu à son sujet à la suite des travaux de Mathieu et de Voncken. Entre temps, Delore publiait son procédé et parlait de l'iléostomie complémentaire. A la suite d'une communication de Duchet-Suchaux, Gosset se faisait le défenseur de la méthode.

En 1934, Mocquet et Padovani décrivaient une variante de la technique de Witzel, et Renon et Laffite apportaient la

même année plusieurs observations. Un travail était également présenté à la Société de chirurgie par le Docteur Férey.

Nous mentionnerons encore les travaux de Fougerat, Guibal, Saint-Cyr, Vialle, et ceux, récents, de Yovanovitch et de Thiéry.

CHAPITRE II

INDICATIONS

Le but de l'iléostomie est d'assurer l'évacuation du grêle dans tous les cas de toxémie par rétention, afin de supprimer la stase, la distension, et surtout la résorption avec toutes ses funestes conséquences.

Ses indications varient avec les formes cliniques d'occlusions survenant après appendicectomie.

Nous les étudierons donc séparément dans chacun de ces cas.

I. — *Iléostomie dans les occlusions immédiates.*

Cette méthode a connu, dans les cas d'iléus paralytique, peu de faveur en France. R. Bernard en a été un des rares défenseurs. En Angleterre, en Amérique et en Allemagne, elle a rencontré, au contraire, de nombreux partisans. Nous citerons Sampson, Handley, Melchior, Morton.

Nombreux auteurs français considèrent que le traitement médical suffit, dans la plupart des cas d'occlusion immédiate à amener la disparition des accidents.

La médication hypertonique salée instituée par Gosset, Binet et Petit-Dutaillis est en effet la médication de choix de l'iléus paralytique; on devra l'instituer dès que le diagnostic en a été porté. Généralement elle provoquera une guérison rapide. Mais on ne doit pas méconnaître que, dans quelques rares cas, ce traitement biologique peut rester inopérant, et il ne faudra pas alors s'y attarder. Il faudra, sans

hésitations, avoir recours au traitement chirurgical pour parer aux accidents de rétention. L'iléostomie nous paraît alors toute indiquée. Comme le conseillent les auteurs étrangers, il faut agir précocement, avant que la paralysie intestinale, de partielle qu'elle était, ne devienne totale, et pour que le péristaltisme partiellement conservé facilite l'évacuation du grêle.

Dans les cas où l'iléus succède à une péritonite aiguë, on conçoit pareillement l'utilité d'une intervention précoce, car la stase intestinale facilite la diffusion des produits toxiques à travers les parois altérées de l'intestin. D'autre part, l'infection péritonéale, augmentant, aggravera la paralysie. Une fois la cause intestinale traitée, la péritonite rétrocédera.

A l'étranger, Mc Kinnon, Bonney, Whipple, ont insisté sur les bons résultats de l'iléostomie dans les iléus des péritonites aiguës. En France, Delore, Mallet-Guy et Creyssel la recommandent dans ces cas.

Heindhain cite 5 cas opérés précocement et obtient 4 guérisons. Krogius signale 70 cas avec 23 guérisons.

Yovanovitch, dans sa thèse, rapporte 4 cas dont une seule guérison, mais signale que, dans 3 cas, terminés par la mort, l'intervention avait été tardive.

Quoi qu'il en soit, et bien que ces statistiques ne soient pas encore très probantes, l'iléostomie trouve sa place dans les traitements des occlusions immédiates après appendicectomie, car elle est, dans les cas résistant au traitement médical, le seul moyen efficace.

II. — *Iléostomie dans les occlusions précoces.*

Nous sommes ici en présence d'un malade encore fatigué par une intervention récente et dont l'état général est atteint. On doit d'abord instituer le traitement médical, qui, dans certains cas, peut suffire à amener la disparition des accidents. Mais si l'état s'aggrave rapidement, s'il y a aug-

mentation de la fréquence du pouls ou apparition de vomissements verts, sans tarder on doit recourir aux moyens chirurgicaux.

M. Huet a insisté, à la Société nationale de chirurgie, en 1933, sur la variété spéciale d'occlusion postappendiculaire précoce due à des abcès, c'est-à-dire à des foyers résiduels de péritonite enkystée, et il a montré que, quel que soit le siège de ces collections purulentes, elles guérissent facilement par une incision appropriée, et l'on voit alors céder très rapidement tous les signes d'occlusion.

L'auteur cite plusieurs cas de guérisons après drainage par des voies diverses.

Mais lorsque le chirurgien aura éliminé les causes de l'occlusion, l'abcès du Douglas justiciable de l'incision et du drainage, quelle méthode chirurgicale devra-t-il adopter pour assurer l'évacuation du contenu intestinal ?

Trois sont en présence :

a) Dérivation externe ou iléostomie;

b) Dérivation interne ou entéro-anastomose;

c) Levée de l'obstacle ou désagglutination.

Toutes ont leurs défenseurs.

« *La fistulisation du grêle*, écrit Gosset, pour occlusion après appendicectomie d'urgence, a une valeur souveraine. C'est la chose la plus simple à réaliser; et c'est un point important, car on se trouve généralement en présence de malades fatigués, et il ne faut pas tenter une intervention plus importante. Or, chose intéressante, après fistulisation du grêle, tout s'arrange généralement très vite, le cours des matières se rétablit, de telle sorte que l'on obtient à très bon compte, sans fatigue pour le malade, sans risques, sous anesthésie locale, la disparition des phénomènes occlusifs. »

D'autres auteurs, parmi lesquels Cunéo, P. Mathieu, Guibal, Fredet, Mocquot et Padovani, ont également insisté sur les bons résultats obtenus par cette méthode.

M. Moulonguet écrit : « Quand il s'agit d'une occlusion

précoce, quelques jours après appendicectomie, une laparotomie exploratrice est, d'après mon expérience, très grave. Au contraire, par l'iléostomie faite sans exploration, j'ai eu de si bons résultats que je reste partisan de cette petite opération. »

La dérivation interne a également ses partisans :

« L'entéro-anastomose, dit Lecène, a l'incontestable avantage d'éviter la création d'une fistule sur le grêle, qui, malgré des modifications de techniques heureuses, pourra toujours exposer aux graves inconvénients qui résultent de l'écoulement au dehors du contenu de l'intestin grêle; il semble que ce soit le procédé le meilleur. »

M. Okinczyc, à la suite d'Ingebrigsten, a préconisé l'entéro-anastomose, « qui réalise une dérivation interne dans les conditions les plus simples et les moins traumatisantes ».

Les auteurs américains et anglais, tels que Sampson, Handley, Taylor, Roeder, préfèrent cette méthode.

Les chirurgiens allemands, au contraire, sont surtout partisans de l'iléostomie.

Enfin, la *laparotomie médiane*, avec levée de l'obstacle, fut surtout préconisée par Mathieu et Auvray.

Néanmoins, au Congrès de la Société de chirurgie, en 1924, Mathieu disait : « Les adhérences des anses grêles sont plus ou moins étendues, plus ou moins denses. La libération complète de l'intestin n'est possible que si les adhérences sont assez lâches, mais avec une expérience suffisante de la chirurgie abdominale, on arrive à pousser cette libération très loin; dans les cas difficiles, ce n'est pas sans hémorragies en nappes, sans danger d'infection, car, pouvons-nous affirmer qu'il n'existe pas une certaine septicité de ces foyers de péritonite plastique ? Je crois que les réactions sérieuses que présentent les opérés traduisent, en partie, cette septicité. Dans des cas d'adhérences étendues pelviennes denses, il est impossible, et il serait en tout cas dangereux, de

pousser trop loin la libération. Il concluait à l'efficacité dans ces cas de l'iléostomie.

MM. Alglave Huet et Viannay ont également proposé la désagglutination.

Ce dernier écrit : « Le problème thérapeutique qui se pose en présence d'une occlusion survenant deux ou trois semaines après appendicectomie est celui de la cure d'une occlusion du grêle. Or, en face d'une occlusion du grêle diagnostiquée en dehors de l'appendicite, la conduite unanimement suivie par les chirurgiens est la laparotomie médiane se proposant la recherche et la levée de l'obstacle. Il n'y a pas de raison, à priori, de se comporter d'une façon différente en présence d'une occlusion postappendiculaire. »

Comme nous venons de le voir, les opinions sur le traitement chirurgical des occlusions précoces sont très différentes.

En réalité, nous pensons que l'on ne doit pas opposer ces méthodes, car elles répondent souvent à des indications différentes, mais difficiles à préciser.

Dans ces cas d'iléus mixtes, nous croyons, cependant, et nos observations tendent à le prouver, que l'iléostomie est la méthode la mieux indiquée.

Etudions les avantages qu'elle présente sur l'entéro-anastomose et sur la désagglutination. Nous verrons ensuite les reproches qu'on peut lui adresser.

a) Avantages.

L'*iléostomie* présente comme qualités précieuses d'être une manœuvre courte, rapide, facile, entraînant immédiatement un grand soulagement chez ce malade en voie d'intoxication mortelle.

Si les opinions diffèrent sur son opportunité et sur sa bénignité, c'est qu'elle a été réalisée de différente manière. Mais pratiquée avec le minimum de dégâts dans ces occlusions précoces, elle est une excellente opération. De plus,

par la bouche ainsi créée, on peut pratiquer la rechloruration dont Gosset a montré les bienfaits.

On doit la préférer à l'*entéro-anastomose*, qui porte sur un segment intestinal distendu, alors, à parois friables, exposant à l'infection des sutures, à la déchirure des parois. Cette opération permet d'autre part, la résorption massive des produits mis brusquement en circulation après établissement de l'anastomose. Oudard le signale à propos d'un de ses opérés. Par ailleurs, cette intervention, longue et choquante chez un malade affaibli, laissera tout de même (comme d'ailleurs l'iléostomie) subsister un doute sur la nature de l'obstacle et ne pourra s'opposer au sphacèle et à la perforation d'une anse tordue ou comprimée par une bride; elle établira, de plus, une dérivation définitive pour un accident passager.

L'iléostomie est, également, préférable à la *désagglutination*. En effet, cette opération n'est pas sans danger, et l'on doit se rappeler ce que dit Guibal : « Si l'obstacle est constitué par un foyer de péritonite plastique diffuse englobant plusieurs anses, comme on l'observe habituellement dans l'occlusion précoce des appendicites graves, la prudence conseille de respecter ces adhérences. Sans doute a-t-on publié des cas heureux de libération étendue, mais celle-ci expose à un saignement en nappe abondant, à l'ouverture de collections septiques, à la déchirure d'un intestin fragile, ou du moins à sa dénudation séreuse, enfin à la reproduction rapide des adhérences si péniblement détachées. La paralysie intestinale peut succéder alors aux troubles mécaniques et annihiler le bénéfice de l'intervention. »

b) Inconvénients.

On peut reprocher à l'iléostomie de laisser au-dessous d'elle des lésions sphacéliques dans les cas compliqués de coudure ou de torsion très serrée. Nous avons un exemple à propos du malade de l'observation IV, où l'iléostomie sans exploration n'a pas permis de porter le diagnostic de volvulus.

Certains auteurs ont insisté sur la difficulté de fermeture de la fistule, les accidents occlusifs disparus. En réalité, cette iléostomie à minima correctement pratiquée guérit le plus souvent spontanément, comme cela s'est produit chez nos malades. Toutefois, il faut faire une réserve. Si la première anse distendue est une anse haute, les suites opératoires ne sont pas toujours aussi simples.

Dans ces cas, une entéro-anastomose est alors légitimée, mais on ne pouvait le prévoir.

III. — *Iléostomie dans les occlusions tardives.*

L'iléus résultant ici de causes purement mécaniques et se manifestant d'autre part chez des malades appendicectomisés depuis assez longtemps, il est certain que la laparotomie avec exploration directe et libération de l'intestin est alors la méthode de choix.

Cependant, il peut arriver, dans certaines occlusions mécaniques, qu'en raison de l'état général grave, d'un ballonnement énorme ou d'adhérences trop étendues, l'opération radicale ne puisse être envisagée. L'iléostomie trouve alors une indication.

Elle ne doit être envisagée ici que comme une méthode de nécessité qui peut donner quelques succès, mais bien rares. Mocquet en rapporte un cas.

Si la cause a pu être supprimée, l'iléostomie peut être encore envisagée comme une manœuvre complémentaire très utile. « Elle paraît surtout indiquée dans les cas où, soit en raison d'adhérences, soit en raison d'altérations de la paroi intestinale, on peut craindre que le rétablissement du transit soit un peu difficile » (Mocquot.) L'iléostomie rend service en favorisant l'évacuation des liquides toxiques et en évitant par conséquent la lutte contre les anses qui s'extériorisent; elle prévient les déchirures de la séreuse et pare aux accidents de paralysie intestinale consécutive à l'opération.

Delore, Mallet-Guy et Creyssel étendent cette méthode à

presque toutes les occlusions serrées du grêle, mais c'est surtout dans les pays de langue allemande qu'elle est utilisée. En 1926, Hübner citait 32 cas. En France, Mocquot et Padovani (1934) en rapportaient plusieurs exemples.

De toutes les considérations précédentes, il ressort que pour bien connaître les indications de l'iléostomie il faudra savoir si l'on à affaire à une occlusion mécanique qui ne guérira pas, ou très rarement, si l'obstacle n'est pas levé, ou si la paralysie intestinale est l'élément essentiel.

Tout se ramène donc à un problème de diagnostic.

CHAPITRE III

TECHNIQUE

Le diagnostic de la variété d'occlusion, étant porté et l'iléostomie étant indiquée, à quel moment et comment devra-t-on la pratiquer ? S'il s'agit d'une occlusion mécanique, il faudra très rapidement avoir recours au traitement chirurgical; lui seul permettra de soulager le malade. L'iléus paralytique, au contraire, se passe le plus souvent du secours chirurgical. Le traitement médical reste la première conduite à tenir en présence d'accidents immédiats; cependant, il ne faut pas s'attarder à cette thérapeutique, si l'on voit qu'elle est sans effet, car elle risque de faire perdre un temps précieux.

Dans les occlusions mixtes, le but recherché étant d'évacuer rapidement l'intestin, et les procédés médicaux étant souvent inefficaces, le chirurgien devra agir précocement. Les chances de succès n'en seront qu'augmentées. Deux notions le guideront dans le choix de la tactique opératoire :

— d'une part, l'état général du malade;

— d'autre part, la localisation de l'occlusion sur le grêle, qui va lui faire rejeter systématiquement certaines manœuvres.

a) Anesthésie. — Si l'on est en présence de malades fatigués et affaiblis par une appendicectomie récente, cas des occlusions immédiates et précoces, l'anesthésie locale doit être employée, car elle entraîne un shock minimum. Hübner

la conseille fortement. Cependant, dans les cas d'occlusions tardives, elle peut ne pas suffire, étant donné l'incertitude dans laquelle on se trouve de pouvoir à l'avance connaître exactement l'étendue et l'importance de l'acte chirurgical. On lui préférera alors l'anesthésie générale à l'éther.

La rachianesthésie doit être proscrite, car elle est dangereuse chez ces malades hypotendus et déficients.

b) L'incision. — Les discussions sur la voie d'abord ont été nombreuses, certains conseillant l'agrandissement de la plaie d'appendicectomie, d'autres une laparotomie médiane large.

La simple désunion des lèvres de la première intervention, agrandie au besoin, est certainement une intervention peu choquante, mais elle donne un accès limité sur les lésions. De plus, si la plaie iliaque suppure encore, ce qui est habituel dans les occlusions précoces, les manœuvres seront forcément septiques, donc dangereuses; en élargissant la plaie, on risque de contaminer la grande cavité séreuse.

La laparotomie médiane est faite à distance de l'abcès, elle est donc propre et sans danger; elle permet, d'autre part, de reconnaître l'obstacle et de pratiquer l'opération nécessaire suivant les lésions. Cependant, on ne pourra pas faire cette exploration chez des malades très atteints, car elle est longue et minutieuse.

Devant ces deux possibilités, c'est l'état général du malade, et aussi la variété d'occlusion, qui plaidera pour ou contre l'une de ces méthodes.

Dans les occlusions précoces où l'élément infectieux est important, il vaut mieux pratiquer l'incision loin de tout foyer suppuré ou drainé, soit sur la ligne médiane, soit dans la région para-ombilicale gauche ou dans la fosse iliaque gauche comme le conseille Hübner.

Si l'on a affaire à un iléus mécanique, la voie médiane sera préférable, car elle permettra d'agir à volonté et avec clarté sur l'agent d'occlusion pour le lever.

Comment faut-il pratiquer l'iléostomie ?

Tout le monde est d'accord sur deux points : il ne faut ni extérioriser le grêle, ni l'ouvrir largement, parce qu'il en résulte une dénutrition rapide du malade, qui peut mourir d'inanition, parce que les bords de la plaie s'ulcèrent très rapidement et que la cure de l'anse grêle en devient très difficile.

Les techniques employées diffèrent suivant les auteurs.

La plus ancienne et la plus simple de toutes est celle que Nélaton a réglée en 1858. Elle est actuellement abandonnée.

Certains auteurs, tels que Vialle, conseillent la mise en place d'une sonde de Pezzer de petit calibre, maintenue en place par un enfouissement séro-séreux. D'autres, avec Quénu, recommandent de fixer l'anse choisie dans la plaie et, après quelques heures pendant lesquelles des adhérences pouvaient se constituer, de faire une ponction avec la plus fine pointe de thermocautère; par le petit orifice ainsi créé, il n'y aura pas effusion brusque de matières.

Arrou conseille également de fixer l'intestin tangentiellement à la paroi par des fils de lin et de faire le plus petit orifice possible.

Delore, Mallet-Guy et Creyssel, pour les entérostomies complémentaires dans la cure des occlusions intestinales aiguës, ont adopté une technique analogue à la gastrotomie de Fontan. La fermeture des fistules serait très rapide.

Cependant, R. Bernard cite un cas dans lequel l'enfouissement par ce procédé aboutit en quelques jours à un large abouchement du grêle à la paroi, et le malade succomba de cachexie après échec de deux tentatives de fermeture.

Lardennois a proposé la simple fistulisation, au moyen d'un drain de Kehr, d'une anse grêle accolée à la paroi, et il fait valoir que la cure de ces fistules tangentielles n'a présenté aucune difficulté.

Mais la technique la plus suivie à l'heure actuelle est dérivée de celle décrite par Witzel en 1899.

C'est également celle qui a été adoptée chez nos malades. Elle consiste à pratiquer sur l'anse la plus dilatée un surjet en bourse que l'on ne serre pas. On ponctionne ensuite le centre de la zone ainsi circonscrite au thermocautère et l'on introduit à frottement une sonde de Nélaton n° 18 dont on coupe le bout. On garde les fils de la bourse, puis l'on couche la sonde dans un pli de la paroi intestinale et on l'enfouit sur une longueur de 5 à 10 centimètres par un surjet séro-musculaire. On fixe alors à la paroi les extrémités des fils et de la bourse. La sonde ayant son trajet dans la paroi intestinale, lorsqu'on la retirera ou qu'elle tombera d'elle-même, la fistule se fermera spontanément. Il faut avoir soin de ne jamais la transfixer pour la maintenir en place.

La technique de Witzel présente cependant comme inconvénients de nécessiter une anse pas trop distendue, donc à parois assez épaisses pour permettre le surjet enfouisseur. D'autre part, au moment où l'on introduit la sonde, il peut se faire un afflux de matières qui entraîneront une souillure de la plaie : d'où la nécessité d'une protection soigneuse et au besoin de l'aspiration immédiate du contenu intestinal.

Pour éviter cet inconvénient, Mocquot remplace la sonde par « un petit trocart analogue au trocart de l'appareil de Potain, mais plus court et de plus fort calibre. Sur la chemise du trocart, on adapte un tube de caoutchouc, et, grâce à un dispositif simple, on peut fermer le robinet avant de retirer le mandrin. On évite ainsi tout afflux de liquide intestinal dans la plaie. Le manchon est laissé en place, et grâce aux cannelures qu'il présente il peut être fixé comme une sonde à la Witzel dans un pli de l'intestin ».

Cette variante de Mocquot évite, d'autre part, le traumatisme, mais on lui reproche de créer une fistule trop petite qui ne fonctionne pas régulièrement; néanmoins l'avantage de l'iléostomie à la Witzel est de permettre la fermeture spontanée de la fistule.

Chez les malades, dont nous rapportons les observations,

l'intervention suivant cette technique a permis l'évacuation du contenu intestinal et la disparition des accidents provenant d'une cause infectieuse et mécanique; dans tous les cas de guérison, on n'a pas vu, d'autre part, persister de fistule. La fermeture spontanée a toujours été rapide. Nous pensons donc qu'elle est la conduite à tenir en présence d'une occlusion postopératoire précoce ou tardive.

Toutefois, on peut se demander si, dans certains cas, par exemple pour le malade de l'observation VII, il n'y aurait pas eu intérêt à fistuliser plus largement l'intestin afin d'assurer plus rapidement l'évacuation de son contenu, comme le conseille Yovanovitch. Mais l'iléostomie totale avec fermeture du bout distal et abouchement d'un tube de Paul dans le bout proximal, préconisée par Vidgoff, ne doit être considérée que comme un pis aller réservé aux cas très graves et vus tardivement, car elle crée une fistule permanente qui nécessitera une nouvelle intervention.

CHAPITRE IV

SUITES OPERATOIRES ET RESULTATS

Les perfectionnements apportés à la technique de la fistulisation de l'intestin ont transformé les suites de l'intervention; néanmoins il convient de signaler l'importance du traitement postopératoire.

Celui-ci consistera d'abord à rechlorurer le malade et à faciliter le réveil du péristaltisme intestinal par des injections intraveineuses de 20 cm^3 de sérum salé hypertonique à 20 p. 100. En même temps, on pratiquera des injections de toni-cardiaques usuels et de sérum physiologique pour soutenir le cœur et l'organisme.

Dès le premier jour, on verra s'établir par la sonde un écoulement abondant et, au deuxième jour, on constatera une très grande amélioration de l'état général et disparition de tous les signes d'occlusion. On pourra alors prescrire quelques boissons.

A partir du moment où le transit intestinal est rétabli, et si aucun écoulement ne se produit plus, on peut retirer la sonde; il arrive d'ailleurs quelquefois, et cela s'est produit chez certains de nos malades, qu'elle tombe d'elle-même.

Il peut se faire cependant que tout ne se passe pas ainsi. On a fait une iléostomie, la sonde a donné, l'état du malade s'est même amélioré, puis brusquement un nouveau syndrome d'occlusion apparaît; la conduite à tenir est de pratiquer rapidement une deuxième intervention, qui permettra de rechercher la cause. Nous en avons des exemples dans

nos observations IV et VI, que nous commenterons plus loin.

Dans d'autres cas, enfin, l'état général est bon, la continuité du tractus intestinal certaine, mais la fistule persiste. Il faudra, au moment voulu, et selon une bonne technique, tenter sa fermeture.

Cette intervention, bien que donnant d'excellents résultats, est heureusement rare, puisque la persistance d'une fistule après iléostomie ne représente qu'un cinquième des cas environ.

Pour donner une idée de la valeur thérapeutique de l'iléostomie, nous nous sommes permis d'emprunter à la littérature médicale quelques statistiques.

Considérant les résultats de cette intervention dans les oclusions postappendiculaires en général, quelles que soient les formes cliniques :

Gibson signale une mortalité de 43 p. 100 sur 1.000 cas;

Yovanovitch rapporte 30 p. 100 de mortalité;

Harada donne 50 p. 100 de mortalité;

Heidenhain observe 20 p. 100 de mortalité.

Pour les seules *occlusions précoces :*

Yovanovitch signale 25 p. 100 de mortalité.

Nous voyons que ces résultats sont bons, comparés à ceux des autres méthodes opératoires, où l'on trouve une mortalité supérieure à 50 p. 100.

Nos observations portent sur 9 cas d'iléostomies.

Il s'agissait toujours d'occlusions précoces et graves. Il y a eu :

2 échecs;

7 guérisons.

Cependant, 2 de ces malades guéris de leur iléostomie ont succombé secondairement : l'une de myocardite onze jours après l'occlusion, l'autre de septicémie péritonéale quarante-cinq jours après l'occlusion.

Parmi les échecs, un était dû à un volvulus et a nécessité une laparotomie, une deuxième iléostomie pratiquée ensuite a contribué à la guérison.

Pour l'autre échec, il s'agissait d'une occlusion vraisemblablement mécanique, et une exploration plus large aurait peut-être permis de lever l'obstacle.

TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite).

(Service de M. le Professeur Guyot.)

Appendicite aiguë. — Appendicectomie 72e heure. — Occlusion secondaire 20e jour. — Iléostomie. — Guérison.

B... (Jean), 18 ans, entre salle 31, lit 18, le 22 avril 1937, à midi, pour crise douloureuse abdominale aiguë. Le début remonte à trois jours. Le malade s'est alité et présentait de la température avec douleur intense siégeant au début, sur la ligne médiane, à la partie inférieure du bas-ventre. Vomissements nombreux; diarrhée intense.

Examen le 22 avril : Le ventre respire, mais on trouve une défense musculaire généralisée et une hyperesthésie très marquée.

Température, 37°8. Pouls, 120.

Intervention immédiate (Dr Darmaillacq).

Incision de Roux. On tombe sur une péritonite avec pus. Appendice gros et perforé. Ablation de l'appendice. Mikulicz entre le foyer péricæcal et les anses grêles. Drain vers le Douglas. Drainage par orifice sus-pubien. Sérum antigangréneux dans le ventre et sur la peau. Injections de sérum salé. Glace sur le ventre.

Suites opératoires assez orageuses. Le malade rend mal les gaz. Température, 39°. Pouls, 100-110.

24 avril : Sérum hypertonique intraveineux. Abcès de fixation. Ventre souple mais douloureux.

26 avril : Le malade a rendu quelques gaz, mais souffre de crises de coliques généralisées à tout l'abdomen.

Ventre souple. L'abcès de fixation a pris.

On permet quelques boissons.

30 avril : Grande difficulté à rendre les gaz.

On enlève les mèches internes du côté des anses grêles. Amélioration. Baisse de la température.

Le malade rend des gaz et quelques matières liquides.

1er mai : Diarrhée intense avec coliques. Sérum hypertonique intraveineux.

3 mai : Amélioration de l'état général. Température, 37°5. Pouls, 90.

Cependant, crises de coliques.

Quelques gaz, mais pas de matières.

4 mai : Incision. Abcès de fixation. Pus abondant. Drain.

5 mai : Bon état.

11 mai, 21 heures : Nausées, ventre un peu tendu.

12 mai : Malade fatigué, se plaint du ventre. Dernière selle la veille. Ventre ballonné, un peu tendu. Langue sèche.

Application de glace sur le ventre; suppositoire belladonné; sérum.

A 20 heures, coliques. Toute la journée, ventre ballonné, ni selle, ni gaz. Vomissements; langue saburrale. Pouls rapide.

Intervention : Iléostomie sur l'anse grêle libre la plus proche du foyer (Dr Darmaillacq).

Anesthésie générale. Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Toute la fin du grêle est adhérente dans le petit bassin; il est impossible de libérer les anses étroitement accolées, la moindre tentative entraînant un saignement.

On se décide pour une iléostomie sur l'anse libre la plus rapprochée du foyer.

Fermeture de la paroi au bronze.

13 mai : Le malade souffre toujours du ventre. Il est toujours fatigué.

A 17 heures : Sérum hypertonique intraveineux : 40 cm3.

Suites bonnes. La sonde donne bien. Amélioration de l'état général.

20 mai : Les matières passent par le rectum.

13 juin : Bon état. Guérison

Observation II (Inédite).

(Service de M. le Professeur Rocher.)

(Due à l'obligeance du Docteur Pouyanne.)

Appendicite aiguë méso-cœliaque avec subocclusion primitive. — Appendicectomie 48e heure. — Drainage. — Occlusion secondaire le 11e jour. — Iléostomie. — Guérison.

B... (Jésus), 9 ans 1/2, entre à l'hôpital le 4 août 1935.

Début brusque de la maladie le 2 août à 16 heures. On prescrit lavements et tisane.

3 août : Application de glace.

Examen à son entrée à l'hôpital : Facies assez fatigué. Température, 38°2.

Abdomen très ballonné, douloureux à la pression dans toute son étendue avec maximum net dans la zone para-ombilicale droite. Pas de contracture généralisée, mais défense nette à droite.

Toucher rectal douloureux à la pression du Douglas, sans empâtement.

Conclusion : Appendicite aiguë probablement méso-cœlique, avec iléus paralytique débutant.

Intervention immédiate. Anesthésie générale à l'éther. Incision de Jalaguier. Dès ouverture du péritoine, issue d'une cuillerée de pus fétide immédiatement aspiré. On tombe sur un volumineux paquet d'épiploon, où plonge l'appendice et d'où sort le pus. Après protection très soigneuse de la cavité abdominale, on libère l'appendice, qui porte à sa pointe une zône de sphacèle avec perforation. Appendicectomie. Enfouissement. Un drain dans le Douglas. Trois compresses au contact du foyer.

En raison du ballonnement, on hésite à faire une iléostomie immédiate. On se contente de faire 20 cm³ de sérum hypertonique intraveineux en surveillant soigneusement le petit malade. Sérum anticolibacillaire, 20 cm³.

5 août 1935 : Bon état. Langue humide. Ventre déballonné, souple, indolore.

Le malade a rendu quelques gaz.

10 août : Suites favorables. Drainage supprimé le 9, mais suppuration et désunion de la paroi.

13 août : Etat général satisfaisant. La plaie est largement ouverte, mais suppure très peu.

15 août : A 11 heures, le malade vomit son repas, est mal à l'aise. Dans l'après-midi, deux autres vomissements un peu verts.

A 22 heures, l'enfant souffre; son ventre est ballonné. Les anses intestinales se dessinent sous la paroi. Pas d'émissions de gaz depuis le matin. Aucun signe inflammatoire. Ventre souple.

A 23 h. 30 : Intervention (Dr Pouyanne). Anesthésie locale très bonne. Petite laparotomie latérale gauche. Immédiatement on trouve une anse grêle, énorme, qui est extériorisée.

Iléostomie à la Witzel.

Fermeture de la paroi.

Sérum hypertonique intraveineux, 20 cm3.

Sérum physiologique sous-cutané, 500 cm3.

17 août : La sonde donne issue à près de 2 litres de liquide. Ventre souple; pas de ballonnement. Etat général bon. Urine peu. On commence à le faire boire.

18 août : A midi, lavement glycériné; petite selle.

20 août : La sonde s'étant bouchée, l'enfant fait de nouveau une poussée d'occlusion d'évolution rapide avec ballonnement; vomissement et altération grave de l'état général. Le simple débouchage de la sonde fait céder tous les signes.

21 août : Bon état.

Alimentation à peu près normale.

25 août : La sonde sort spontanément. Le malade va à la selle.

10 septembre . Excellent état. Les deux plaies sont en bonne voie de cicatrisation.

22 septembre : Exéat. Guéri.

Observation III (Inédite).

(Service de M. le Professeur Rocher.)

(Due à l'obligeance du Docteur Pouyanne.)

Appendicite aiguë. — Appendicectomie 24e heure. — Drainage. Occlusion le 10e jour. — Iléostomie. — Guérison.

F... (Christian), 10 ans, entre avec le diagnostic d'appendicite aiguë.

Première crise vers septembre 1935, attribuée à des vers, traitée par cataplasmes et compresses chaudes.

Deuxième crise en février 1936; même traitement.

17 avril 1936 : Début brusque par envies de vomir, puis les vomissements apparaissent. Douleurs abdominales très vives. Le malade entre à l'hôpital.

Examen le 18 avril 1936. Enfant fatigué. Pouls, 130. Température, 39°4. Contracture généralisée, surtout marquée à droite. Région appendiculaire très douloureuse. Vomissements verdâtres. Toucher rectal très douloureux.

Intervention le 18 avril 1936 (Prof. Rocher, Dr Pouyanne).

Anesthésie générale à l'éther. Incision de Jalaguier large. Pus non fétide. Appendice rupturé au bout et d'où sort du liquide. Extirpation de l'appendice. Aspiration du pus. Compresses en cigarettes disposées en éventail sur le contour de la plaie. Deux drains, dont un dans le Douglas. Deux mèches profondes.

28 avril : A 12 heures, apparition de douleurs violentes à type de colique. Pouls rapide. Ventre tendu. Les anses se dessinent sous la paroi. Sérum intraveineux, 15 cm3. Cataplasmes chauds sur le ventre. Lavement glycériné. Situation critique jusqu'à 15 heures, puis deux selles, quelques gaz; l'enfant va mieux.

29 avril : Dans la nuit, les phénomènes se reproduisent. Les coliques augmentent en intensité et en fréquence. A 2 heures, ventre ballonné. Crise de coliques presque subintrantes. Mauvais facies. Mauvais pouls. Langue rôtie.

Intervention immédiate. Anesthésie au chloro-éther (Dr Pouyanne).

Incision de Jalaguier au niveau du grand droit, à gauche.

Iléostomie à la Witzel.

Dès la fermeture de la paroi, évacuation par la sonde d'une grosse quantité de matières et de liquide.

Le matin, l'enfant est un peu mieux. Ventre plat. Sérum glucosé.

Rapidement amélioration de l'état général.

La température tombe en deux jours. Le troisième jour, selle abondante après lavement. La sonde tombe d'elle-même au bout de six jours. La plaie de l'appendicectomie continue à suppurer, mais se comble peu à peu. Du côté de l'iléostomie le trajet de la sonde suppure légèrement.

16 mai : Excellent état. Pas d'éventration. Température normale. Toucher rectal, pas d'abcès.

Lever le 21.

13 juin : Exéat. Guéri. On fait porter une ceinture pendant trois mois.

Observation IV (Inédite).

(Service de M. le Professeur Rocher.)

(Due à l'obligeance du Docteur Pouyanne.)

Appendicite aiguë. — Appendicectomie le 3e jour. — Drainage. — Occlusion le 18e jour. — Iléostomie. — Echec. — Laparotomie. — Volvulus du grêle. — Détorsion. — Deuxième iléostomie. — Guérison.

M... (Marc), 12 ans 1/2, entre salle 10, lit 4, avec le diagnostic d'appendicite aiguë, le 22 septembre 1936.

Le début de la maladie remonte au samedi 19, où le malade souffre du ventre, mais passe une nuit calme. Le lendemain la souffrance persiste. Dès le début de l'après-midi, il se met à vomir et ne gardera plus rien de tout ce qu'il prend. Le lundi, application de glace sur le ventre. Il est transporté à l'hôpital.

A l'entrée : Température, 38°7; une selle diarrhéique.

Examen : Le malade est soulagé en portant la jambe droite en

abduction maxima. C'est la position qu'il prend dans son lit. On note : Facies coloré, pommettes rouges, yeux très cernés. Ventre bombé et chaud, très douloureux, avec défense musculaire intense. Langue sèche.

Toucher rectal douloureux, mais on ne sent pas d'empâtement.

Intervention immédiate (Dr Pouyanne). Anesthésie éther. Incision de Mac Burney. Pus dans le ventre. Appendice à direction verticale. Après protection du péritoine il est amené facilement à l'extérieur. Appendicectomie. Ligature au catgut. Enfouissement au fil de lin. Drain et compresses dans la zone de l'appendice. Appendice en voie de sphacèle; à sa pointe, gros fécalome et petite perforation d'une tête d'épingle; plusieurs petites ulcérations.

23 septembre : On enlève la glace. Dans la nuit, vomissements bilieux. Température normale. Ventre souple.

26 septembre : Une selle spontanée normale.

27 septembre : On enlève le drain.

28 septembre : Rétention d'urine avec douleurs abdominales. Mictions à 14 heures; urines foncées. Température, 38°5. On enlève la mèche.

29 septembre : Lavements. Grosse selle.

30 septembre : Rétention d'urine. Sondage. 2 g. 65 d'albumine. Forte quantité d'urobiline. Régime lacté.

1er octobre : Empâtement non douloureux de la surface d'une pièce de 2 francs dans la fosse iliaque gauche.

6 octobre : Cette masse persiste, douloureuse. Toucher rectal, masse dure à bout de doigt.

9 octobre : La température baisse. A la palpation, on ne sent presque plus l'empâtement. Albumine, 0 g. 06.

10 octobre : La température monte à 38°1. Lavement glycériné qui donne bien.

11 octobre : A 3 heures du matin, l'enfant est pris de vomissements et douleurs dans le ventre, vomissements d'abord alimentaires, puis verts, puis noirâtres et à teinte sanguinolente.

L'enfant souffre beaucoup. Pouls irrégulier. Température basse. On pressent la menace d'une occlusion. Un lavement hypertonique, ne donne rien. Sérum. Tonicardiaques.

A 17 heures, enfant très agité, souffrant beaucoup; mauvais faciès; température, 36°3; pouls, 76.

Première intervention sous anesthésie locale (Dr Pouyanne).

Iléostomie avec pose d'une sonde sur une anse grêle très distendue et inextériorisable. Tonicardiaques et sérum hypertonique intraveineux. Sérum physiologique sous-cutané.

Incision médiane sous-ombilicale.

A 22 heures, les souffrances reprennent. Ventre ballonné, tendu. La sonde n'a rien donné. Etat très alarmant. Vomissements fécaloïdes.

Deuxième intervention (Dr Pouyanne). — Sous anesthésie générale, à 1 heure du matin. On rouvre sur la même cicatrice et on procède à un large débridement qui montre un volvulus du grêle portant sur l'anse précédemment drainée, tordue d'un tour dans le sens des aiguilles d'une montre. On pose une deuxième sonde à la partie inférieure de l'anse distendue. Tonicardiaques et sérum.

Dans le ventre, sérosité assez abondante. Anses grêles colmatées. Fauses membranes.

12 octobre A 18 h. 1/2, température, 38°5, pouls, 160. Mauvais faciès, mais enfant plus calme. Urines abondantes, mais troubles à midi.

15 octobre : On enlève la sonde gauche.

17 octobre : On enlève la sonde droite. Amélioration nette de l'état général. Les urines s'éclaircissent. L'enfant commence à s'alimenter.

22 octobre : On enlève les points de la laparotomie médiane. Bon état général. La plaie se cicatrise bien.

2 novembre : L'enfant est levé. Bon état général. Selle quotidienne.

15 novembre : Plaie presque entièrement cicatrisée.

22 novembre : Exéat. Guéri.

Commentaires. — Il ne s'agissait pas ici d'une occlusion mixte, mécanique et inflammatoire, mais d'une occlusion purement mécanique par volvulus d'une anse grêle.

L'iléostomie à l'anesthésie locale, sans exploration, n'a

pas conduit au diagnostic et n'a permis que de drainer l'anse distendue sans faire cesser l'occlusion.

Une laparotomie faite devant cet échec et malgré un état très précaire a permis de rectifier le diagnostic, de détordre le volvulus. Une seconde iléostomie assurant la vidange du contenu toxique de l'intestin a sûrement aidé à la guérison de ce cas presque désespéré.

Cette observation prouve qu'il faut se méfier des occlusions tardives; il n'aurait pas fallu se borner à la simple iléostomie, mais faire une exploration plus large.

Observation V (Inédite).

(Service de M. le Professeur Rocher.)
(Due à l'obligeance du Docteur Pouyanne.)

Appendicite rétro-cæcale, toxique. — Appendicectomie 24e heure. — Drainage. — Occlusion le 10e jour. — Iléostomie. — Bon résultat. — Occlusion levée, mais mort quinze jours après de défaillance cardiaque, malgré état abdominal bon.

S... (Raymonde), 14 ans, entre le 27 juillet 1936.

Début par douleurs vives dans le flanc droit le 26 juillet 1936, vers 8 heures. On lui met une bouillotte.

Le docteur appelé ordonne la glace.

Pas de vomissements. Température, 39 degrés.

Elle présentait auparavant de nombreux embarras gastriques avec vomissements et constipation assez opiniâtre (deux selles depuis le 13 juillet).

Intervention le 27, à 10 heures du soir. Anesthésie générale éther (Prof. Rocher).

Jalaguier. Péritoine libre. Foyer rétro-cæcal. Appendice gangréné à sa partie moyenne, perforé. Ligature sans enfouissement. Drains. Mèches en cigares. Fermeture partielle haut en bas. Glace.

Suites opératoires : Chute de la température. Bon état général.

31 juillet : On enlève une mèche. Odeur gangréneuse; on injecte de l'éther iodoformé dans le drain et sur les compresses.

6 août : Ablation des mèches et du drain. Très bon état local, mais, dans la soirée, violentes coliques avec arrêt des gaz et vomissements. Ces douleurs violentes surviennent à quelques minutes d'intervalle et se terminent par un bruit de glou-glou. La veille, l'enfant avait eu déjà quelques symptômes légers analogues.

A 23 heures, syndrome d'occlusion très net. On lui fait de la spalmalgine. Applications larges d'antiphlogistine. Sérum sous-cutané.

7 août : A 3 heures, vomissements verts.

Intervention immédiate (Dr Pouyanne). Anesthésie locale; du côté gauche, incision de Jalaguier. On trouve une anse très distendue, sur laquelle on fait une iléostomie à la Witzel.

Suites opératoires : Ecoulement très abondant par la sonde dans la même journée. Disparition des douleurs; dans l'après-midi, un gaz est rendu. Etat général assez touché. L'état du cœur, en particulier, inspire des inquiétudes. Toni-cardiaques. Sérum sous-cutané; sérum hypertonique intraveineux.

8 août : Etat abdominal satisfaisant. La sonde donne abondamment; plusieurs gaz passent. Le pouls est toujours très rapide et mal frappé. L'état général très grave, presque désespéré. Poussée de température à 39 degrés.

Le toucher rectal a montré un empâtement très douloureux.

9, 10, 11 août : Amélioration progressive. La sonde donne toujours. Deux selles le 10. Toni-cardiaques (strychnine, digitaline, spartéine, solucamphre) et tous les jours injection sous-cutanée de 1 litre de sérum physiologique et sérum glucosé en Murphy intra-rectal. Vomissements abondants, qui disparaissent après lavage d'estomac.

Nouvel état très inquiétant.

11 août : Fistule stercorale à droite.

12 août : Ecoulement par la sonde de 1 l. 250.

13 août : Nouveau lavage d'estomac, qui ramène un liquide verdâtre. Prostigmine.

Puis nouvelle amélioration.

15 août : Nouveau lavage d'estomac qui ne donne rien. On commence une alimentation très légère.

16 août : La sonde tombe d'elle-même, et écoulement très abondant.

17 août : On note que les points ont craqué. Abondant écoulement de matières plus dures. Pouls à 128. Température, 36°8.

Dans la soirée, l'enfant, qui paraissait en très bonne voie de guérison, est brusquement, vers 20 heures, prise d'une défaillance cardiaque brutale; syncope; pouls incomptable; refroidissement des extrémités. Tonicardiaques, mais exitus le 18 août.

Observation VI (Inédite).

(Service de M. le Professeur agrégé Loubat.)

(Due à l'obligeance du Docteur Pouyanne.)

Appendicite aiguë avec péritonite et rétention d'urine. — Appendicectomie. — Drainage. — Occlusion le 14e jour. — Iléostomie. — Guérison. — Deuxième occlusion le 40e jour. — Iléostomie. — Guérison. — Septicémie péritonéale le 50e jour. — Mort le 58e jour.

D... (André), 12 ans 1/2, entre le 10 août 1936 pour douleurs abdominales qui l'obligent à garder le lit. Ces douleurs se localisent ensuite à droite de l'ombilic, accompagnées de plusieurs vomissements et de constipation. Le 10, le petit malade n'urine pas de la journée. Température axillaire, 38°7.

A 19 h. 30, intervention par le Docteur Pouyanne : appendicectomie. Grande réaction péritonéale. Mise en place de deux drains et trois compresses (un drain dans le Douglas). Injection sérum anticollibacillaire, 20 cm³. Injection solucamphre, éphédrine, 4 cm³. Injection sérum antigangréneux, 20 cm³. Sérum physiologique, 500 cm³. Vessie de glace.

11 août : Température matin et soir, 38°2. Sérum physiologique, 1.000 + solucamphre éphédriné, 4 cm³ + solucamphre,

5 cm³. Vessie de glace. Urine un peu. Se lave la bouche sans boire. Pas de vomissements. Nuit très agitée. Envie de vomir.

12 août : Température, 37°6 matin et soir. Solucamphre éphédriné, 4 cm³. Deux vessies de glace. 1.000 cm³ de sérum physiologique.

Rend quelques gaz et un peu de matières.

17 août : Les gaz sortent régulièrement; pas les matières, bien que le malade ait eu une purge le 17, un laxatif le 20 et un lavement le 22 août. La température et le pouls baissent régulièrement depuis le 16 août. Toucher rectal négatif. Cependant ventre toujours un peu ballonné.

24 août : Depuis la veille au soir, la température est remontée à 38°3 et le pouls à 111. Le ventre est un peu plus ballonné. La fosse iliaque gauche semble remplie de liquide. Toucher rectal négatif. Le malade a eu un vomisement dans la nuit et se plaint de tiraillements dans sa plaie, qui est très nette.

On le met à la diète et on lui fait : sérum physiologique, 1.000 cm³; sérum intraveineux hypertonique, 20 cm³ et un capaplasme d'antiphlogistine sur le ventre.

A 23 heures, douleurs très vives. Opération d'urgence. Iléostomie gauche (Docteur Pouyanne). On place une sonde qui donne un petit bocal de matières. L'on injecte 500 cm³ de sérum physiologique et 10 cm³ de sérum intraveineux hypertonique. Lavage d'estomac.

25 août : Température, 40 degrés le matin; pouls, 100. Murphy.

26 août : Lavement, sérum hypertonique, 100 g. Une selle. Température, 38 degrés. Pouls, 116 le soir.

27 août : Une selle. Température, 37°8. Pouls, 100.

28 aout : Une selle.

29 août : Enlèvement de la sonde. Un peu de potage.

3 septembre : On enlève les points de l'iléostomie. Le malade continue d'être fatigué. Poussées de température à 38 et même 39 degrés.

11 septembre : Sueurs profuses.

Diarrhée abondante à partir du 13.

Dans la nuit du 18 septembre, trois vomissements. Ventre ballonné.

19 septembre : On lui fait :

10 cm³ sérum hypertonique intraveineux;

500 cm³ sérum physiologique;

10 cm³ solucamphre;

Prostigmine (gaz).

Lavage d'estomac.

Les plaies sont en très bon état.

Intervention le soir. Avant l'opération, spartéine, solucamphre. Incision médiane. Anses grêles distendues. Iléostomie médiane (Docteur Laumonier). Injection de 10 cm³ sérum hypertonique intraveineux.

20 septembre : 500 cm³ sérum physiologique. Le malade rend des gaz. Solucamphre les 20, 21 et 22 septembre.

Huile de ricin, une cuillerée à café tous les jours jusqu'au 29, ensuite chaque deux jours.

La température oscille entre 37 et 38 degrés, le pouls entre 80 et 100.

Une selle toutes les quarante-huit heures. Pas de vomissements. Les trois plaies sont en très bon état. Celle de l'appendicectomie seule n'est pas complètement cicatrisée. Le ventre n'est plus ballonné.

Subitement, le 30 septembre, température à 38°4 le matin et 39 degrés le soir; pouls, 140-140; grand frisson; solucamphre.

1er octobre : Matin, 36°6; soir, 36°4, et une heure après, 38°6. Pouls, 120-140.

2 octobre : Matin, 39°2; soir, 37°.

3 octobre : Matin, 38°; soir, 37°8.

4 octobre : Matin, 37°2; soir, 38°4.

5 octobre : Matin, 36°8; soir, 37°2. Le pouls continue à osciller entre 140 et 120.

Du 2 au 7 octobre : Solucamphre; adrénaline, XXX gouttes par 24 heures; septicémine, 4 cm³ par jour en injection intramusculaire.

6 octobre : Température, 39°2 le matin, 38°4 le soir. Pouls, 160-120.

7 octobre : Température, 40°2. Pouls, 140.

6 octobre : L'examen hématologique pratiqué donne :

Taux de l'hémoglobine, 60 p. 100;

Numération globulaire :

Globules rouges, 2.840.000;

Globules blancs, 22.600.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles, 93 p. 100;

Lymphocytes, 6 p. 100;

Mononucléaire, 1 p. 100.

Le rapport :

$$\frac{\text{chlore globulaire}}{\text{chlore plasmatique}} = 0{,}607.$$

7 octobre : Etat général très atteint. L'enfant se plaint par crises de douleurs généralisées au thorax et à l'abdomen. Facies anxieux. Respiration stertoreuse. A 11 heures, ses parents l'emmènent.

8 octobre : Décès.

Observation VII (Inédite).

(Service de M. le Professeur Rocher.)

(Due à l'obligeance du Docteur Pouyanne.)

Appendicite aiguë. — Appendicectomie le 3e jour. — Drainage. Occlusion le 19e jour. — Iléostomie. — Mort

S... (René), 7 ans, entre le 12 octobre 1937 pour crises douloureuses dans la fosse iliaque droite, dont le début remonte au 10 octobre 1937. Vomissements le même jour.

Examen : Température, 38°; pouls, 120. Fosse iliaque douloureuse avec défense nette. Pas d'abcès perceptible. Toucher rectal douloureux.

Intervention le 13 octobre à 11 heures (Docteur Pouyanne). Anesthésie générale éther. Mac Burney. Dès l'ouverture du ventre, suintement liquidien. L'appendice est en position descendante et interne. Son extériorisation possible avec le doigt fait néanmoins s'échapper du pus fétide provenant d'une perforation de la pointe; appendice adhérent. On le libère en deux temps.

Enfouissement. Drain et mèches. Sérum anticoli sous-cutané. Glace.

Suites immédiates bonnes.

16 octobre : Pansement. Bon aspect de la plaie. Ventre souple. On retire un peu de pus.

20 octobre : Les deux mèches sont enlevées; on remplace le gros drain par un plus petit.

22 octobre : Ablation du drain.

27 octobre : La plaie se ferme rapidement. Bon état général.

31 octobre : A 1 heure, l'enfant est pris de violentes coliques et se met à vomir.

A 9 heures, il est vu par le Docteur Pouyanne. Occlusion intestinale nette avec anses se dessinant sous la paroi. Vomissements verts; coliques violentes. Etat général touché. Toucher rectal négatif, pas d'abcès du Douglas. Depuis trois jours, la température est un peu remontée.

Immédiatement, sous anesthésie générale à l'éther, l'enfant étant très agité et une exploration paraissant nécessaire, petite laparotomie médiane sous-ombilicale. Liquide clair et abondant dans le ventre. On trouve immédiatement une anse grêle énorme, pleine de liquide; elle se dirige vers la zone iléo-cæcale, où elle est fortement adhérente. Le doigt, qui la suit, trouve un paquet d'adhérnces dont la libération semble hasardeuse.

On se borne à faire une iléostomie à la Witzel sur cette anse dilatée juste en amont de l'obstacle. Pas de drainage. Sérum hypertonique intraveineux. Sérum sous-cutané.

Suites : Le soir, à 17 heures, l'enfant n'a plus vomi. La sonde a fonctionné, mais l'agitation est extrême, le pouls à 160; le facies très altéré.

Décès à 1 heure du matin, après émission de deux selles abondantes, dans l'algidité.

Autopsie (Dr Pouyanne) : L'anse drainée était la dernière anse avant une agglomération très serrée d'un paquet d'anses grêles au niveau du foyer appendiculaire. Pas d'abcès.

Commentaires. — Il ne s'agissait probablement pas non plus, ici, d'une occlusion mi-infectieuse, mi-mécanique que

l'on voit vers le dixième jour et qui guérissent très bien par l'iléostomie. Il n'y a pas eu la phase préalable de subocclusion, l'empâtement du Douglas que l'on trouve d'habitude; donc occlusion probablement mécanique par bride (soudaineté du début, abondance du liquide dans le ventre, violence des douleurs, rapidité de l'évolution). Il aurait fallu aller sur le foyer d'adhérences, qui peut-être aurait pu être libéré, et ne pas de contenter d'une simple iléostomie.

CONCLUSIONS

I. — L'iléostomie a une place importante dans le traitement des occlusions intestinales après appendicectomie, mais ses indications sont variables suivant les formes anatomocliniques d'occlusion.

II. — Dans l'iléus paralytique, l'iléostomie peut être employée comme opération complémentaire toutes les fois que la médication salée hypertonique n'aura pas pu provoquer le rétablissement du transit intestinal.

III. — Elle est l'intervention de choix dans les occlusions mixtes, si fréquentes : parce qu'elle n'aggrave pas, ou guère, la paralysie intestinale; parce qu'elle n'expose pas à un shock grave des malades affaiblis; parce qu'elle les désintoxique rapidement; et enfin parce qu'elle suffit à elle seule à guérir l'occlusion.

IV. — En présence d'une occlusion mécanique, on tentera de lever l'obstacle, mais si cet objectif est trop difficile, ou impossible à atteindre, l'iléostomie offrira une chance de salut non négligeable. Si l'obstacle a pu être levé, l'iléostomie complémentaire pourra être une aide précieuse.

V. — Une bonne technique favorisera les chances de succès :

1° Il faut opérer précocement;

2° L'anesthésie locale sera préférée dans les cas graves, car elle entraîne un shock minimum; par contre, elle ne permet guère d'exploration;

3° L'incision portera loin de tout foyer de suppuration.

4° On fistulisera la première anse très distendue, qui se présentera.

5° La technique de Witzel sera la plus indiquée dans les occlusions précoces.

Dans les cas vus tardivement et avec accidents graves, on ne craindra pas de fistuliser largement.

VI. — On ne négligera pas les soins post-opératoires, consistant en injections de sérum salé hypertonique, toni-cardiaques, sérum physiologique.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
PIERRE MAURIAC.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
J. GUYOT.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 24 novembre 1937.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Albertin. — Occlusion intestinale après appendicectomie. Iléostomie. Guérison. *Presse médicale*, n° 33, p. 377, 1925.

Alglave. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 1924, p. 394.

Arrou. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 15 juin 1927, p. 883.

Auvray. — A propos de l'occlusion intestinale à la suite de l'appendicite. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 19 mars 1924, p. 402.

Barret. — Occlusion intestinale postappendiculaire. Laparotomie médiane. Iléo-transversotomie. Guérison (rapport Martin). *Bull. Soc. nat. de chir.*, 19 oct. 1932, p. 1227.

Bernard (R.). — Le drainage du grêle dans les iléus paralytiques et dans les occlusions. *Rev. de chir.*, 1933, p. 606-626.

Boppe. — Appendicite et occlusion (rapport Okinczyc). *Bull. Soc. nat. de chir.*, 2 avril 1927, p. 479.

— Occlusion postopératoire (rapport Okinczyc). *Bull. Soc. nat. de chir.*, 23 mars 1927.

Braine. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 6 déc. 1933, p. 1476.

Brunner. — Uber Indication und Technik der Enterostomie. *Schweiz. med. Wochenschr.*, 1921.

Chavannaz et Maquant. — Occlusion intestinale tardive postappendiculaire. *Journ. de méd. de Bordeaux*, p. 586, 1926.

Chosson. — L'entéro-anastomose dans le traitement des occlusions aiguës et subaiguës du grêle. Thèse Montpellier, 1927.

Cignozzi. — Entérostomia nelli'ili paralitico post-operatorio et post-contusivo.

Conrozier. — L'entérostomie dans le traitement de l'iléus paralitique par péritonite. Thèse Lyon, 1919-1920.

Culmone. — Appendicite et occlusion intestinale; étude clinique. *Policlini*, août 1933.

Cunéo. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 15 juin 1927, p. 882.

Delore. — Occlusnon intestinale d'origine appendiculaire, *Lyon médical*, 1902, p. 187-189.

Delore, Mallet, Guy et Creyssel. — De l'entérostomie complémentaire dans la cure radicale des occlusions intestinales aiguës. *Presse médicale*, 1er sept. 1925.

Doyen. — A propos de la jéjunostomie dans l'iléus paralytique. Congrès allemand de chirurgie, 1902.

Downs. — The treatment of acute mecanical obstruction by high temporary jejunostomy. *Ann. of Surg.*, 1924, p. 45.

Dujarrier. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 1924, p. 393.

Duchet-Suchaux. — Deux cas d'occlusion intestinale postopératoire (rapport Okinczyc). *Bull. Soc. nat. de chir.*, 6 déc. 1933, p. 1475.

Dudley. — Paralytic ileus as a complication of acute appendicitis. *Ann. of Surg.*, 1926, t. 84, p. 729.

Duncombe. — Occlusion intestinale aiguë à la suite d'appendicite traitée par entéro-anastomose. *Bull. Soc. nat. de chir.*, t. 59, p. 1407.

Dunet et Vachet. — Occlusion intestinale tardive après appendicectomie. Iléostomie. Guérison. *Presse médicale*, 1925, p. 377.

Dupont. — De l'occlusion intestinale précoce après l'opération pour appendicite aiguë. *Paris chirurgical*, 1921, p. 13-20.

Durante. — Iléus paralytique, complication de l'appendicite aiguë. Son traitement par entérostomie. *Arch. Itali. di chir.*, t. XXII, p. 254, 1928.

Fougerat. — Iléus mécanique après appendicectomie. Thèse Bordeaux, 1925.

Gangolphe. — Traitement de l'occlusion intestinale. Discussion Soc. de chir. de Lyon, *Lyon médical*, 1904, p. 1184.

Gattelier et Porcher. — A propos des occlusions postopératoires dans les appendicites aiguës. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, nov. 1930, p. 1108-1113.

Gaudier. — De l'entérostomie systématique dans le traitement des péritonites appendiculaires graves. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 1er déc. 1921, p. 1390.

Gaudin. — Contribution à l'étude des occlusions intestinales mécaniques d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1924.

Glanan (Mac). — Quelques indications de l'entérostomie. *Ann. of Surg.*, n° 5, p. 897.

Godard et Palios. — Causes et traitement de l'occlusion dans l'appendicite et après appendicectomie. *Arch. franco-belges de chir.*, mars 1932, p. 229-242.

Gosset. — Occlusion intestinale postopératoire et injections de sérum salé hypertonique. *Journ. de chir.*, mars 1930, p. 341.

— Discussion à la Soc. nat. de chir., 6 déc. 1933, p. 1476.

Guibal. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire; son traitement. *Presse médicale*, 4 avril 1931, n° 27.

Haberland. — Traitement de l'occlusion postopératoire. *Der Chirurg.*, 1er mai 1930, p. 409.

Handley. — Paralysie intestinale des péritonites diffuses. *J.A.M.A.*, janv. 1936, p. 224.

— Traitement de l'iléus paralytique. *J.A.M.A.*, janv. 1936, p. 306.

— Traitement chirurgical de l'iléus paralytique, *J.A.M.A.*, mars 1936, p. 864.

Harrigan. — Occlusion intestinale aiguë consécutive à l'appendicectomie. *Surg. Gyn. and Obst.*, juin 1919, p. 551-569.

Hendon. — Technique simple de l'entérostomie. *Ann. of Surg.*, juill .1931.

Hosemann. — Entérostomie comme traitement de l'iléus dans les péritonites suppurées. *Deutsche Zeitsch. f. Chir.*, 1931, p. 345.

Huet. — Quatre nouvelles observations d'occlusion de l'appendicite. Quatre guérisons. *Bull. Soc. de chir.*, 22 mai 1935, p. 705.

— A propos des occlusions postopératoires de l'appendicite aiguë. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 13 déc. 1933, p. 1503.

— Discussion à la Soc. nat. de chir., 6 déc. 1933, p. 1476.

Hughier et Lanos. — Deux cas de péritonite avec occlusion intestinale après appendicectomie à froid. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 19 déc. 1924.

Ingebrigsten. — De l'entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë (rapport Okinczyc). *Bull. Soc. de chir.*, 27 oct. 1920, p. 1183.

Kinnon (Mac). — La jéjunostomie primitive et complémentaire dans le traitement de l'iléus. *J. A. M. A.*, janv. 1928, p. 257.

Körte. — Appendicite et occlusion. *Zentralblatt f. klin. chir.*, 8 avril 1911, p. 494.

Krogius. — Uber enterostomie als eine lebensrettende Hilfsoperation bei Peritoniden und Darmokklusion. *Deutsche Zeitsch. f. chir.*, Bd CXII.

Lamy. — Occlusion intestinale mécanique d'origine appendiculaire. Thèse Paris, 1908.

Lardennois. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 1924, p. 393.

— Discussion à la Soc. nat. de chir., 6 juin 1928.

Lebœuf. — De l'entéro-anastomose à distance dans l'occlusion intestinale postopératoire.

Lecène et Leriche. — Thérapeutique chirurgicale, t. III, p. 168-193.

Lemoine. — Abcès pelvien tardif après appendicectomie. Thèse Paris, 1935.

Mathieu. — L'occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 12 mars 1924, p. 387-395.

Melchior. — Uber ockundäre enterostomie nach Peritonitis und Ileus-operationen. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1920, p. 56.

Métivet. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 6 déc. 1933, p. 1476.

Mocquot et Padovani. — Technique et indications de l'entérostomie sur le grêle dans le traitement de l'occlusion intestinale. *Journ. de chir.*, t. 44, n° 1, juill. 1934, p. 12-25.

Morton. — Traitement de l'iléus. *Ann. of Surg.*, 1932.

Moulonguet. — Discussion à l'Acad. de chir., 28 oct. 1936, p. 1193.

Negrié. — Un cas d'occlusion intestinale d'origine appendiculaire (rapport Mathieu). *Bull. Soc. nat. de chir.*, 1924, p. 438.

Nélaton. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 1897.

Okinczyc. — Discussion à la Soc. nat. de chir., 12 déc. 1923, 15 juin 1927, 6 déc. 1933.

Oudard. — Occlusion intestinale d'origine appendiculaire. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 1924, n° 10.

Pauchet. — De l'utilité fréquente de la fistule stercorale temporaire dans l'occlusion. *Paris chirurgical*, janv. 1925.

Poto. — Iléostomie dans l'iléus mécanique. *Ann. of Surgery*, mars 1936, p. 526.

Porter. — L'entérostomie comme moyen diagnostique et thérapeutique, *Ann. of Surg.*, oct. 1924.

Quénu. — Traitement de l'occlusion. Discussion. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 2 juill. 1919.

— Discussion à la Soc. nat. de chir., 24 févr. 1934, p. 333.

Roux-Berger. — Appendicite gangréneuse avec péritonite. Occlusion postopératoire. *Bull. Soc. de chir.*, 26 avril 1922, p. 575.

— Occlusion intestinale postappendiculaire. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 1er mars 1924, p. 400.

— Discussion à la Soc. nat. de chir., 28 oct. 1936, p. 1193.

Savariaud. — Occlusion intestinale postappendiculaire. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 1924, p. 432.

Sabadini. — Formes cliniques et traitement des occlusions intestinales consécutives aux opérations d'appendicite à chaud. *Presse médicale*, 12 août 1933, p. 1265.

Saint-Cyr. — L'entérostomie dans les occlusions aiguës du grêle. Thèse Paris, 1935.

Sauvé. — Deux cas d'occlusions d'origine appendiculaire. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 19 mars 1924, p. 401.

— Discussion à la Soc. nat. de chir., 6 juin 1926.

Taylor. — La valeur de l'iléo-colostomie dans l'occlusion. *Edimbourg Med. Journ.*, déc. 1927, p. 727.

Van Beuren. — Mortality of enterostomy in acute ileus. *Ann. of Surg.*, sept. 1929, p. 387.

Vergos. — Occlusion intestinale tardive après appendicectomie. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 7 déc. 1927.

Vialle. — Traitement des occlusions précoces à la suite d'appendicectomie à chaud. *Gaz. méd. de France*, 1er févr. 1934, p. 128.

Voncken. — Les occlusions intestinales consécutives à l'opération pour appendicite aiguë (rapport Chifolian). *Bull. Soc. nat. de chir.*, 15 juin 1927, p. 878.

Vianney. — Trois cas d'occlusion intestinale survenue peu après appendicectomie. *Bull. Soc. nat. de chir.*, 6 juill. 1927.

— Appendicite et occlusion. *Loire médicale*, 1931.

Witzel. — Zer Indikation und technik der kolostomie und enterostomie. *Centralblatt f. chir.*, 1894, p. 937.

Yovanovitch. — Indications techniques et résultats de l'iléostomie dans le traitement des occlusions intestinales postopératoires. Thèse Paris, 1937.

20.497 — Bordeaux, Imprimeries Delmas, 6, place Saint-Christoly. — 1937.